

INFANTICIDIO E FIGLICIDIO: UNA PANORAMICA SULLO STATO ATTUALE DELL'ARTE

Laura Ceccoli, Laura Corbelli

Introduzione

Delineare i fenomeni dell'infanticidio e del figlicidio allo stato dell'arte significa prendere in esame un quadro complesso contrassegnato da dinamiche eterogenee, che muovono ad un tempo sia l'attività clinica che l'attenzione collettiva.

Oggi, infatti, le condotte sopracitate acquisiscono toni di rilevanza sia in ragione dell'interesse derivante dalla comunità scientifica, sia in ragione della pressione esercitata dall'allarme sociale proprio dell'opinione pubblica. I mezzi d'informazione, la cronaca e le pubblicazioni fanno sì che ci si interroghi sulle ragioni che determinano tali forme di violenza intrafamiliare. Sia che si tratti di infanticidio sia che si tratti di figlicidio, ciò sembra stimolare un'intensa riflessione all'interno del contesto odierno.

Sarebbe opportuno, in considerazione dei correnti ed assidui dibattiti che costellano siffatte manifestazioni criminose, arrivare a formulare dei modelli interpretativi e delle linee di intervento condivise che possano condurre a rispondere nel modo più uniforme possibile alle sempre più frequenti *querelle* che vi ruotano attorno.

In questo ambito, già di per sé, il tema della gravidanza e della maternità, andrebbero a delineare un settore di ricerca ampio e delicato. Una fase questa che si caratterizza per i peculiari sconvolgimenti fisico-ormonali e per i molteplici cambiamenti che investono sia il dominio interiore sia il dominio esteriore della vita di una donna. Questi evocano significati, identificazioni, investimenti affettivi e fantasie che dislocano considerevoli dinamiche psichiche.

Nel periodo del *post-partum* configurazioni psicopatologiche di lieve entità non andrebbero a costituire l'eccezione ma potrebbero rivelarsi in forme note come il *Maternity Blues*, per citarne un esempio. Tuttavia, se i sovracitati disturbi successivi il puerperio vanno ad investire un settore di ampia rilevanza, organizzandosi in gravi psicopatologie, allora si dovrebbe attivare l'attenzione sia sociale che familiare, volta alla ricerca di un aiuto competente che possa prima ricompensare ed in seguito sostenere la donna in difficoltà, attraverso un percorso psicoterapeutico adeguato. Non appare del tutto inusuale difatti che sia proprio la donna a trasmettere alcuni segnali che, se accolti con l'appropriata considerazione da parte dell'*entourage* familiare e sociale, ricondurrebbero alla rottura del funzionamento precedente della personalità. Eppure spesso ciò non avviene. La puerpera sembra trovarsi di frequente in un contesto relazionale delineato da un vuoto pervasivo che andrebbe a sostenere i suoi vissuti di angoscia e per questo sarebbe importante comprendere le complesse dinamiche che lo abitano, al fine di ricercare anche una lettura dai toni più umani del fenomeno, oltre che una lettura dalle sole inflessioni scientifiche.

Introducendo il concetto di crisi, questo apparirebbe percorrere il *continuum* che va dalla normalità alla patologia, ponendosi a cavallo di questi due versanti. Qui la crisi andrebbe a configurarsi come un peculiare processo di cambiamento successivo alla frattura del precedente

equilibrio che al presente si fa precario. Si tratterebbe dunque di attraversare il momento della crisi mediante l'ausilio dell'elaborazione, in merito all'accaduto psichico e fattuale (cfr. sull'argomento Racamier, Taccani 1986).

Volendo approfondire il tema delicato e profondo dell'infanticidio e del figlicidio, si deve innanzitutto far menzione della notevole confusione riscontrata attorno ai termini stessi. Ci si riferisce in questo contesto al consueto parallelismo di significato imputato ai due termini, designandoli erroneamente come concetti equivalenti. E altresì scarsa la bibliografia che concerne il dominio concettuale: precisamente il termine "figlicidio" è stato proposto nel vocabolario di lingua italiana solo nell'anno 2008 (Zingarelli 2007).

Nell'ambito della ricerca effettuata sono state identificate differenti manifestazioni psicopatologiche e questo ha condotto a formulare alcuni principali quesiti:

- la patologia può chiarire l'aumento degli omicidi nella sfera familiare che si è verificato negli ultimi anni?

- Può essere pensabile il fatto di ipotizzare anche condizioni di "normale patologia"?

A tale proposito sono stati analizzati disturbi quali: le psicosi puerperali, la *Battered Child Syndrome*, la Sindrome di *Münchhausen* per procura, i disturbi dell'umore, i disturbi di personalità e, per finire, la schizofrenia.

Allo stesso modo è stato considerato come alcune ipotesi psicodinamiche possano intervenire a sostenere e a restituire una base esplicativa del dominio concettuale preso in esame, insieme all'analisi di attuali ricerche nazionali ed internazionali che concepiscono assunti rilevanti, in specie quelli di prevenzione e di riabilitazione.

Definizioni e differenze tra infanticidio e figlicidio

In correlazione alla cospicua confusione inerente ai termini concettuali di infanticidio e di figlicidio, di cui si esponeva nell'introduzione di questo elaborato, si è ritenuto necessario esplicitare le differenze di significato che intercorrono tra essi, dimostrando come questi indichino due concetti non sovrapponibili, ma che denotano due fenomeni estremamente dissimili. A questo scopo si vogliono presentare le loro definizioni, avvalendosi anche della descrizione dei lavori di alcuni autori che si sono occupati di tale campo clinico.

L'infanticidio, in ugual modo il figlicidio, ha come oggetto di reato il nuovo nato.

Della prima condotta menzionata se ne riferisce già in tempi passati, quando sembrava essere supportata da valori sia sociali che subculturali. Un noto caso sarebbe quello facente parte delle pratiche dell'antica Roma, dove il *pater familias* disponeva della facoltà di decretare la morte del nuovo nato, proprietà del genitore e come tale gestibile in tutto, anche riguardo al diritto di vita o di morte. L'abitudine al cannibalismo e al commercio delle carni dei figli viene invece riportata dallo psicoanalista ed antropologo Devereux in attinenza al periodo storico del Medioevo, come anche alcuni studi antropologici condotti a carico di alcune tribù connettono l'atto ad una forma di rituale praticato ai fini di allontanare influenze maligne o per ingraziarsi le divinità mediante il sacrificio del proprio figlio (1972).

Aldilà delle documentazioni storiche viene ad essere di notevole importanza il rilievo del fattore temporale che connota la condotta infanticida, diversamente da quella figlicida. La prima si riconduce all'omicidio del nuovo nato tra i sei mesi e un anno di età, il figlicidio al contrario si colloca in tempi posteriori, quando il bambino ha già compiuto l'anno di vita. In quest'ultimo caso è da mettere in luce il fatto che il legame affettivo che lo lega alla madre è in gran parte sviluppato e ha avuto il modo e il tempo di maturare, spesso parallelamente alla nota di inad-

guatezza che può saturare l'acquisizione del nuovo ruolo della donna.

Oltre a ciò, le dinamiche che contraddistinguono certe relazioni famigliari distorte andrebbero ad interagire e ad associarsi a quelle peculiari della coppia madre-bambino e ai sentimenti che investono il ruolo di padre.

Un accenno al nuovo *status* paterno fa dirigere l'attenzione a questa figura che sembrerebbe preponderantemente assente o marginale rispetto al nucleo famigliare, ciò sembra potersi affermare sia per quanto attiene l'esito infanticida che figlicida (Merzagora Betsos 2003, De Pasquali 2007).

Per rendere maggiormente esplicativa l'indagine si devono distinguere le differenti condotte omicidiarie relativamente al fattore temporale:

- feticidio: assassinio del figlio durante il parto;
- neonaticidio: uccisione del neonato nelle ventiquattrore seguenti la nascita. Questo fenomeno evidenzia la mancata elaborazione a livello mentale del bambino, nel periodo della gestazione, che verrebbe dunque sentito come estraneo a sé;
- infanticidio: condotta in cui avrebbero un ruolo importante sia le pressioni sociali che le situazioni ambientali difficili. Riguarda l'omicidio del proprio figlio quando questi è ancora molto piccolo, tra i sei mesi e un anno di età. Dal latino: *infantis-cidium*, ovvero l'uccisione di chi ancora non è in possesso dell'uso della parola;
- figlicidio: il delitto avviene dopo il primo anno di età della vittima. Uccidere poco dopo il parto presenta delle differenze rispetto all'omicidio inflitto dopo l'instaurarsi di legami derivati da una convivenza e dallo stabilirsi del rapporto madre-bambino con tutto quello che ciò comporta.

In merito all'argomento trattato la bibliografia esistente offre solo alcuni spunti di ricerca, essendo un ambito su cui ancora l'interesse clinico non ha approfondito la conoscenza.

Uno degli autori che ha affrontato il fenomeno è stato Arnaldo Rascovsky (1974) definendo il figlicidio come una caratteristica propria della specie umana che sembra potersi riscontrare in ogni cultura e in ogni gruppo sociale, odierno e non, e che risulterebbe in differenti condotte, dall'abuso sul bambino fino a comportamenti altrettanto violenti come il sacrificio del figlio. Egli concepisce il fenomeno come articolato attorno a due aspetti tra loro interagenti. Uno di questi sarebbe piuttosto "superficiale" e l'atto criminoso si connoterebbe come una "realizzazione concreta", un passaggio all'atto indotto da influssi emozionali. L'altro, al contrario, è inteso come elemento maggiormente "profondo" in cui la condotta in esame andrebbe a verificarsi come la risultante di vissuti aggressivi esperiti nei confronti del figlio. Una "fantasia inconscia" e rimossa che permetterebbe l'idealizzazione delle tendenze protettive e che porterebbe piuttosto alla negazione di quelle aggressive.

Lo psicoanalista indica diverse forme di violenza, derivati simbolici del figlicidio e dell'infanticidio, manifestate ai danni del bambino. Queste si potrebbero individuare in differenti esiti comportamentali come la *Battered Child Syndrome*, il maltrattamento, l'abbandono, la negligenza e l'utilizzo del figlio a guisa di contenitore dei conflitti interni alla coppia genitoriale. Nelle condotte appena menzionate pare coesistano in modo ambivalente nel genitore inclinazioni amorose e inclinazioni figlicide, da questa ambivalenza si determinerebbe la sorte dell'infante. L'integrazione dell'individuo dunque si deciderebbe grazie alla spinta delle tendenze erotiche o istinti di vita e delle tendenze tanatiche o istinti di morte.

Dal suo punto di vista si dovrebbe rispondere a queste tipologie di condotte attraverso tre modalità di intervento che sarebbe possibile ravvedere *in primis* nel realizzare strutture scientifiche che operino con l'obiettivo di analizzare l'eziologia e le cause che sottendono al figlicidio

e all'infanticidio, osservando sia i genitori, sia i figli, e il sistema genitore-figlio. In secondo luogo, sarebbe opportuna la creazione di istituti sociali che agiscano con lo scopo di informare, informazione volta all'inibizione di eventuali comportamenti violenti messi in atto dai genitori o dalle figure di riferimento. In ultimo, l'autore fa notare la necessità di un atteggiamento di denuncia e di allarme in riferimento a tutto ciò che si mostra essere in relazione con queste condotte criminose.

Un altro studio che tratta dell'argomento è da attribuire a Phillip J. Resnik (1969). La sua trattazione e la classificazione fenomenologica che ha fornito è tenuta in considerazione come punto cardine da diversi autori, fino ai più contemporanei, anche se in seguito è stata criticata ed interpretata come oltremodo generica.

Egli identifica cinque tipologie riguardo la manifestazione esaminata:

- *figlicidio altruistico*: di cui riconosce due sottotipi che individua nel *figlicidio associato a suicidio* o suicidio allargato e nel *figlicidio volto ad alleviare le sofferenze* reali o immaginarie del figlio;
- *figlicidio da psicosi acuta*: in questa categoria rientrerebbero quei genitori che uccidono i propri figli sotto l'influenza di allucinazioni e deliri vissuti in forma di comando;
- *figlicidio del figlio non voluto*: le vittime in questo caso sarebbero i figli non desiderati, illegittimi oppure non riconosciuti dal padre;
- *figlicidio accidentale*: deve la sua definizione alla mancanza dell'intenzione omicidiaria. È un crimine di origine generalmente paterna e può manifestarsi come esito fatale della Sindrome del Bambino Malmenato o *Battered Child Syndrome*;
- *figlicidio come forma di vendetta nei confronti del coniuge*.

Nella sua indagine Resnick (1969) presenta, relativamente alla diagnosi, alcune tabelle di dati nelle quali propone talune percentuali pertinenti alle diverse psicopatologie.

Lungo questo *excursus* bibliografico si collocano due autori, Carloni e Nobili (1975), che si occupano in particolare di descrivere le motivazioni che sottendono il figlicidio e l'infanticidio.

Tabella 1. Dati di Resnik (1969) sulle percentuali delle psicopatologie

<i>Diagnosi</i>	<i>Figlicidio Materno (%)</i>
Schizofrenia	25 (29)
Psicosi	22 (25)
Stati non psicotici	10 (11)
Disordini caratteriali	11 (13)
Melanconia	8 (9)
Diagnosi non psichiatriche	4 (5)
Stati maniaco-depressivi	3 (3)
Ritardo mentale	1 (1)
Nevrosi	2 (2)
Delirio	1 (1)
Epilessia	1 (1)
Totale	88 (100)

Questa descrizione è condotta seguendo la classificazione tratta da De Greef (1946) nella *Introduction à la criminologie*:

- *uccisione per brutalità*: omicidio che origina in seguito al pianto o alle disobbedienze del bambino;
- *uccisione per vendetta verso l'altro coniuge, per gelosia*: conosciuto come delitto di Medea;
- *per turbamenti critici della madre, per aggressività*: turbamenti ed aggressività che l'autore ricollega al momento del parto, momento che può generare ostilità sia nei confronti del coniuge sia nei confronti del figlio;
- *uccisione per malattie mentali*;
- *uccisione per non gravarsi del peso economico di un nuovo nato*: secondo l'autore questa si verificherebbe con scarsa frequenza;
- *uccisione per ragioni sociali, per motivi d'onore*.

La concezione di Carloni e Nobili (1975) rimanda ad una molteplicità di strumenti attraverso i quali queste manifestazioni criminose vengono concretizzate, strumenti "semplici e brutali" che sembrano variare al variare dell'età del bambino. Si identificano: strangolamento, soffocamento, defenestrazione, annegamento, avvelenamento, percosse, utilizzo di armi da taglio e armi da fuoco.

Un'osservazione stimolante sostenuta da questi autori rivolge la sua attenzione al fatto che le madri commetterebbero l'omicidio utilizzando più frequentemente il soffocamento, quasi a convertire l'abbraccio materno in una stretta mortale e andando a concretizzare il "cattivo seno soffocante", il fantasma infantile di una madre intrusiva.

Questo concetto potrebbe tuttavia rimandare alla nozione di "mondo della cavità primaria" teorizzata da Spitz (1955), secondo cui il figlio viene avvolto, cinto dall'abbraccio materno con cui egli si relaziona attraverso la cavità della bocca. Qui avviene uno scambio, scambio che si prefigurerà come la matrice sia dell'introiezione che della proiezione e che sarà funzionale alle iniziali differenziazioni tra Io e non-Io. Si potrebbe forse ipotizzare un disturbo in questa fase a carico della donna che negherebbe allora la differenziazione dalla propria madre, madre che invece sarebbe idealizzata e, nella vita adulta, persisterebbe in forma distorta.

Una nota conclusiva, posta a sostegno delle ragguardevoli differenze che sussistono tra infanticidio e figlicidio, è da riservare alle cause psicopatologiche che sembrano sottendere ai due fenomeni. In specie, il riscontro clinico sembra trattare di stati depressivi determinanti condotte infanticide ed invece di esordi psicotici più strettamente causali il figlicidio.

Infanticidio, figlicidio e psicopatologia

È possibile spiegare l'incremento dei fenomeni dell'infanticidio e del figlicidio mediante la patologia, per come descritta dagli attuali sistemi nosografici?

È senza dubbio vero che le definizioni psicopatologiche assumono una significativa rilevanza nell'ambito clinico che include le condotte esaminate. Queste riguardano con maggior incidenza: i disturbi dell'umore, la *Sindrome di Münchhausen* per procura, la *Battered Child Syndrome*, le psicosi puerperali, i disturbi di personalità e la schizofrenia.

I cenni eziologici che caratterizzano l'esordio di uno specifico disturbo coinvolgono diversi fattori quali: l'innescò dovuto a sottostanti predisposizioni alla patologia psichiatrica e i cambiamenti fisiologici e ormonali determinati dalla gravidanza. In queste circostanze la gestazione e il parto si andrebbero a configurare come evento stressante, come un particolare accaduto nella vita della donna che richiede una specifica capacità di adattamento al un nuovo stato, al nuovo

ruolo. Nel momento in cui ella viene sopraffatta e la capacità di adattarsi non è più funzionale, allora può intervenire uno scempenso a carico della personalità e può verificarsi l'insorgere di una psicosi, nei casi più gravi. Ad ogni modo la possibilità di un'implicazione di questi stimoli complessi con la patologia è da valutare, caso per caso, in relazione alle modalità tramite le quali la persona percepisce l'evento stressante, concetto che si può ritrovare anche all'interno delle teorie di L. Hinkle (Taylor 1993). *Stressor* che si possono riscontrare sia a livello sociale che familiare, sia distribuiti lungo un arco temporale duraturo oppure con una comparsa riconducibile ad un determinato momento, come ad esempio il *post-partum*, in cui il comportamento aggressivo della madre potrebbe condurre a manifestazioni quali l'infanticidio o il filicidio (De Pasquali 2007).

I disturbi psicopatologici che sembrano apparire con maggior incidenza sono:

- disturbi dell'umore: per cui la madre che ne è affetta di frequente trascina il figlio nel suo mondo privato, negativistico e a volte connotato da deliri;
- psicosi puerperale: questo tipo di disturbo si mostra come un innesco per una predisposizione ad una patologia psichiatrica o come un riattualizzarsi di una psicopatologia anteriore;
- Sindrome di *Münchhausen* per procura: sindrome che, in seguito alla ripetuta induzione di sintomi o lesioni nel bambino, potrebbe concludersi con il fenomeno del filicidio o dell'infanticidio;
- *Battered Child Syndrome*: conosciuta anche come Sindrome del Bambino Malmenato. Essa potrebbe intravedere nel filicidio e nell'infanticidio l'esito di violenze, abusi e percosse ai danni del figlio;
- disturbi di personalità: più specificatamente il disturbo *borderline*, narcisistico e dipendente di personalità;
- schizofrenia: specie il sottotipo di schizofrenia paranoide.

A questo punto appare necessario sviluppare una panoramica in merito ai disturbi psicopatologici che si connettono con il filicidio e con l'infanticidio e che fino ad ora sono stati unicamente menzionati.

Si ritiene però opportuno fare prima una precisazione: la gravidanza viene evidenziata come fattore protettivo dagli esordi psicotici e per questo le manifestazioni psicotiche sono più frequenti nel *post-parto*, mentre i disturbi nevrotici si mostrano con maggior prevalenza durante la gravidanza (Pewzner 2000).

La prima manifestazione abnorme di cui si deve far cenno è il *Maternity Blues*, anche detto *Baby Blues*, *Disforia Post-Partum* o *Sindrome del terzo giorno*. Essa si presenta nei giorni posteriori al parto come disturbo dell'umore in forma lieve, molto frequente (70-80% dei casi), e si delinea come una problematica legata alle modificazioni fisiologiche e alle oscillazioni ormonali del *post-partum*. È una condizione caratterizzata principalmente da variazioni dell'umore, ansia, irritabilità, inclinazione al pianto, confusione, stanchezza, disturbi del sonno, anedonia e preoccupazioni somatiche. Si tratterebbe di un disturbo a tonalità depressiva dovuto, oltre che ai normali stravolgimenti ormonali, alla separazione che interviene nel rapporto madre-figlio, che prima era una relazione esclusiva e che ora lascia il posto ad una crisi che spesso si risolve in pochi giorni (Rascovsky 1974), e la madre può così ritrovare un rapporto con il bambino che rientra nella norma.

Di intensità e grado più elevato è invece la *Depressione Post-Partum*, riscontrabile nel 10-15% dei casi. Si instaura generalmente quattro settimane dopo il parto, è di durata variabile ed è più assidua tra le primipare. La sintomatologia è quella inquadrabile all'interno dell'Episodio Depressivo Maggiore e coinvolge differenti aree del quotidiano e quindi dell'esistenza della

donna. Si riscontrano alterazioni dell'area emotivo-affettiva con modificazioni a livello dei sentimenti, dell'area cognitiva che mostra variazioni in aspetti che riguardano sia la forma (eloquio, concentrazione, memoria) che il contenuto del pensiero (deliri, ideazioni di colpa, rovina, indegnità, progetti suicidari), dell'area psicomotoria (rallentamento vs agitazione, maschera depressiva) e dell'area vegetativa (alterazioni del sonno, dell'appetito, del desiderio sessuale).

Le manifestazioni peculiari della Depressione *post-partum* si possono rintracciare nella relazione problematica della madre con il bambino, per il quale ella appare come non disponibile sia a livello d'interazione che a livello emozionale. La donna non riesce, o riesce a stento, a fornire risposte ai bisogni del figlio, è distaccata, insicura e teme di non adempiere al nuovo compito di madre. È compromesso lo scorrere del tempo dell'Io e del Mondo, insieme, diviene fallace la comunicazione che caratterizza il rapporto madre-figlio.

La psicosi puerperale non si delinea come un'entità nosologica a sé e può includere sia psicosi affettive, che schizofreniche. La nosologia francese la colloca all'interno del gruppo delle psicosi funzionali acute e il quadro è quello tipico di una *bouffée* confuso-delirante (Pewzner 2000). L'esordio della patologia è acuto, frequentemente improvviso, e avviene tra il quinto e il venticinquesimo giorno dal parto. Segue un decorso contrassegnato da angoscia, confusione, irritabilità estrovertita, incubi, disturbi del sonno, disturbi dell'umore reperibili sull'asse timico depressione-mania, destrutturazione di coscienza, frequenti *acting-out* con esito a volte fatale. I sintomi prorompono in forma di delirio ricco e polimorfo, non sistematizzato e che dunque racchiude una gran varietà di temi che riguardano: la negazione dell'esistenza del bambino o della maternità, la sensazione di non appartenenza, la convinzione che il figlio corra un grave pericolo o che qualcuno voglia la sua morte. La sintomatologia delirante erompe in una struttura di personalità già fragile e spesso trova connessioni con particolari vissuti e trascorsi propri della storia del soggetto e la maternità si trova ad essere un accadimento che di frequente può scatenare questo stato abnorme.

In questo senso H. Seyle (Taylor 1993) fa riferimento alla malattia come risultato di un fallimento adattivo conseguente ad episodi stressanti, cronici o comunque intensi e menziona le suddette variazioni ormonali specifiche del puerperio.

L'emergere dello stato psicotico può avvenire in conseguenza della separazione avvenuta con il parto e quindi della ricostituzione della diade madre-bambino che fa sì che la donna si confronti con il bambino reale e non più con il figlio fantasticato ed immaginato durante la gravidanza. Angoscia che scaturisce dunque dal timore di una relazione tangibile, concreta, da cui la puerpera cerca di fuggire ma in seguito alla quale si scompensa (Ammaniti et al. 2007).

Ad ogni modo se la patologia viene trattata l'evoluzione si mostra favorevole in tempi abbastanza brevi, anche se sussisterebbe il rischio di una ricaduta.

La Sindrome di *Münchhausen* per procura è introdotta del DSM-IV nella sezione che riguarda i disturbi fittizi e deve la sua denominazione a Roy Meadow (1977). Questo quadro psicopatologico si caratterizza per la presenza di una madre che immagina o provoca sintomi o lesioni nel figlio, che quindi sarà spesso esaminato da medici di base piuttosto che dai clinici del pronto intervento o dei reparti ospedalieri. Queste lesioni sono raramente fatte ricondurre dai medici alla donna che risulta quasi insospettabile, considerata la sua spinta a voler essere valutata madre attenta e premurosa e considerato anche l'appoggio che trova da parte dell'*entourage* familiare. Ella agisce con lo scopo di attirare l'attenzione su di sé. Questo disturbo si connota come una richiesta d'aiuto mascherata della donna che nasconde bisogni affettivi, prima indirizzati verso i propri genitori che però non sono riusciti nella loro funzione di *holding*, e ora dislocati su altre figure, come i professionisti che si occupano del figlio. Di frequente la donna stessa ha sofferto della medesima sindrome ed è in possesso di conoscenze in campo medico tali da

poter indurre nel bambino sintomi che potrebbero essere di evidente gravità, se non in alcuni casi poterne determinare il decesso. La sintomatologia del figlio deve essere ricondotta al comportamento materno quando questa non sembra avere un'origine chiara, se si aggrava quando la madre è accanto al bambino o al contrario migliora in assenza della donna.

I fattori che determinano la Sindrome di *Münchhausen* per procura (Mastronardi, De Luca 2005) sono:

- contraffazione di una disfunzione medica che si verifica con frequenza;
- la patologia indotta può essere simulata e/o prodotta;
- chi è affetto dalla Sindrome di *Münchhausen* per procura non fa parte inevitabilmente di una classificazione;
- le madri possono indurre o simulare la malattia nel figlio avvalendosi di differenti mezzi;
- questa sindrome sembra includere l'omissione di somministrazione di farmaci o di cure per un bambino realmente malato;
- la Sindrome di *Münchhausen* per procura può mostrarsi unitamente ad una patologia reale;
- questo disturbo può rivelarsi attraverso anomalie psichiatriche, comportamentali o di sviluppo;
- infondata denuncia di abuso sessuale o fisico, che può avvenire anche in concomitanza di un disturbo psicotico;
- il figlio può sviluppare la convinzione dell'autenticità della patologia in seguito all'influenza esercitata su di lui dalla madre;
- si deve distinguere la sindrome da altre problematiche che rivelano l'ansia del genitore;
- non può essere tracciato un determinato profilo psicologico della madre, ma un elemento comune si ritrova nell'esistenza di queste donne che sembra essere incentrata attorno ad un'unica attività;
- possibilità di trarne profitto, ad esempio querelando per negligenza l'ospedale o lo specialista.

Da sottolineare la posizione del padre nell'ambito familiare che, in questi casi, si denota come passiva o marginale anche se, come già enunciato, l'uomo sembra appoggiare la donna. Donna che spesso è affetta da disturbi di personalità, di cui il più frequente sembra essere il disturbo *borderline* con presenza di rabbia e depressione.

Le motivazioni che fanno da sfondo causale a questo disturbo psichico si evidenziano come fortemente differenti da quelle che sottostanno al fenomeno dell'infanticidio o del figlicidio, anche se alcune manifestazioni di grado più intenso di questa sindrome possono concludersi in condotte infanticide o figlicide (Mastronardi, De Luca, 2005). Da ricordare le caratteristiche di ripetitività, di cronicità e di tendenza alla recidiva, tipiche di questa patologia.

La *Battered Child Syndrome* o Sindrome del Bambino Malmenato è stata identificata nel 1962 da Kempe e designa quella situazione in cui il bambino è abusato, malmenato o percosso da parte del genitore. Si riscontrano quattro tipologie di modalità di maltrattamento (Mastronardi, Villanova 2007):

- abuso sessuale;
- violenza fisica;
- incuria fisica;
- maltrattamento e incuria emozionale, insufficienza di empatia, carenza di contatto fisico o di sguardi diretti.

Sembra possibile ravvisare in questa sindrome l'influenza di elementi socio-culturali, della

complicità del coniuge e della presenza di figure di riferimento deficitarie. Il genitore attribuirebbe dunque le caratteristiche negative che gli sono proprie al figlio e, in seguito a questo, la madre potrebbe reagire in modo impulsivo qualora fosse esposta a stimoli o situazioni stressanti.

Altri disturbi psicopatologici che possono intervenire nell'ambito delle patologie che sottostanno alla condotta figlicida sono i disturbi di personalità, tra i quali si mostrano con più incidenza il disturbo narcisistico, *borderline* e dipendente di personalità. Caratterizzandosi come modalità stabili, rigide e pervasive, con compromissione del funzionamento socio-lavorativo, sono patologie di grado elevato e conseguentemente più difficili da trattare.

Il disturbo di personalità *borderline* è un'entità diagnostica in cui sono presenti segni specifici e caratterizzanti il disagio psichico del paziente in diversi ambiti. È riconoscibile un'oscillazione che tocca gli estremi della dipendenza e dell'ostilità, per cui vi è la tendenza a idealizzare o a svalutare l'altro individuo nella relazione. Il soggetto può manifestare il timore di essere abbandonato, di essere lasciato solo. Quando ciò avviene questi pazienti possono direzionare la rabbia su loro stessi, manifestando in questo modo un tentativo di manipolazione, attraverso atti autolesionistici e tentati suicidi. Si evidenziano sentimenti cronici di vuoto, un'ampia quota di impulsività che incide in vari ambiti della vita del soggetto, e un importante livello di instabilità legata all'immagine che egli ha di sé.

Questo disturbo è stato indagato da varie prospettive teoriche, tra le quali si denota l'analisi condotta da O. Kernberg (1997). L'autore evidenzia la presenza di tre criteri appartenenti alle tre organizzazioni di personalità (psicotica, *borderline* e nevrotica) da lui esaminate all'interno del modello strutturale. I criteri caratteristici dell'organizzazione di personalità *borderline* sono identificati nella diffusione di identità, nei meccanismi di difesa arcaici e nella tenuta dell'esame di realtà. Approfondendo, il nodo centrale di questa organizzazione si rinverrebbe nella sua persistenza allo stadio di separazione-individuazione e nell'esistenza di un eccesso di aggressività costituzionale. Più specificatamente, è nella sottofase del riavvicinamento che sembra possano intervenire elementi in grado di compromettere il rapporto madre-bambino. In seguito a questo, sarebbe possibile riscontrare nel paziente l'angoscia di separazione, la confusione in rapporto alla propria identità e la mancata integrazione di immagini tutte-buone e tutte-cattive. Ciò, contribuendo alla regressione del bambino, potrebbe costituire l'originarsi del disturbo.

La puerpera si troverebbe a dover tollerare il vuoto, sia fisico che mentale, verificatosi in seguito al parto, un vuoto a cui si sostituirà la nuova relazione con il figlio. Se la madre, affetta da un disturbo *borderline* di personalità, risultasse incapace di sostenere il suddetto sentimento di vuoto e insieme si sentisse sopraffatta dall'eccesso di aggressività costituzionale, indagata da Kernberg, allora questo quadro psicopatologico potrebbe condurre ad agiti che potrebbero esitare in condotte figlicide, in ragione anche di una debolezza dell'Io e di una carenza nel controllo degli impulsi. Un approfondimento che può far luce sulla ipotizzata correlazione tra figlicidio e disturbo *borderline* di personalità è contenuto in un lavoro di Pazzagli, Benvenuti e Rossi Monti (1981), in cui viene indagata la sindrome marginale come possibile affezione predisponente lo scompenso sul versante psicotico nel periodo del *post-partum*.

Nel disturbo narcisistico di personalità si può identificare un elemento importante quale la mancanza di empatia, insieme a manifestazioni connesse ad elementi a carattere manipolatorio. Il disturbo è caratterizzato da un sentimento pervasivo di grandiosità, dal bisogno di ammirazione e da fantasie di successo e potere. La ricerca di ammirazione e di approvazione e l'intolleranza che si riscontra in relazione alle critiche percepite dal paziente, sembrano essere tentativi di conservare un buon grado di autostima che, a scapito delle apparenze, sembra essere debole ed instabile. Gli individui affetti da questa patologia faticano ad instaurare legami e rapporti interpersonali, in ragione dei motivi esposti e in ragione dell'insufficiente percezione dei biso-

gni delle altre persone a cui invece tendono ad anteporre i propri. Nelle relazioni interpersonali gli altri sono percepiti in modo competitivo e spesso viene riferita la convinzione dell'invidia altrui o contrariamente l'invidia è nutrita dallo stesso paziente nei confronti delle altre persone.

O. Kernberg colloca il disturbo narcisistico sul *continuum* delle organizzazioni di personalità *borderline*. Vi è la presenza di un Sé grandioso, integrato ma patologico, e una mancata integrazione dell'altro. Il Sé è la risultante della fusione di Sé ideale, oggetto ideale e Sé reale. Nella sua analisi l'autore afferma che una caratteristica di questa patologia è la sua configurazione a guisa di una costruzione difensiva, per cui l'individuo si difende da angosce persecutorie e depressive.

H. Kohut (Lingiardi 2004) tratta invece dell'argomento dal punto di vista degli oggetti-Sé. In questo disturbo si verificherebbe un fallimento empatico da parte dei genitori, a carico del bambino, e il Sé arcaico risulterebbe quindi fissato alla fase di sviluppo in cui sono intervenute le problematiche. Sussiste dunque la probabilità di rimanere bloccati in diverse fasi: dell'oggetto-Sé speculare, dell'oggetto-Sé idealizzato e dell'oggetto-Sé gemellare.

Il fenomeno del figlicidio sembra potersi collegare al disturbo narcisistico di personalità e, in specie, alla possibilità che si verifichi un cedimento nella costruzione difensiva di cui si caratterizza. In seguito a questo cedimento si potrebbero evidenziare le peculiari angosce persecutorie e depressive che, insieme al presumibile comportamento antisociale e alla capacità empatica deficitaria, potrebbero rappresentare lo sfondo psicopatologico che potrebbe condurre alla concretizzazione di questa forma di violenza intrafamiliare (Mastronardi, Villanova 2007).

Un altro disturbo che si può manifestare in connessione con il fenomeno del figlicidio è il disturbo di personalità dipendente. Questo quadro patologico è connotato da sentimenti di insicurezza, paura dell'abbandono, bassa autostima e passività. L'individuo sarà teso alla ricerca eccessiva delle cure di chi lo circonda, spesso investito dell'incarico di *magic helper*, e che riveste o la funzione di regolatore del Sé o quella di una minaccia. Il paziente ricerca allo stesso modo consigli e rassicurazioni e non sembra in grado di manifestare il proprio dissenso, anzi sembra essere caratterizzato da un certo grado di sottomissione per cui potrebbe prestarsi anche a compiti degradanti e sgradevoli per non perdere la relazione. Infatti un altro elemento tipico di questo disturbo è la difficoltà avvertita dall'individuo nel momento in cui rimane solo. Quando ciò accade, quindi nel momento in cui si verifica l'interruzione di una relazione intima, il soggetto è subito volto alla ricerca di un altro rapporto che vada a sostituire il precedente. Sentimenti come aggressività ed ostilità sono negati, ma in modo difensivo e sono presenti invece inibizione e riservatezza (De Pasquali 2007).

La psicologia del Sé esamina il disturbo dipendente di personalità analizzando i probabili fallimenti che si possono essere verificati a livello degli oggetti-Sé.

Stern (1985) affronta questo ambito psicopatologico richiamando le nozioni di regolazione e di auto-regolazione, per cui gli ambienti relazionali si opporrebbero a tali necessità, dando luogo ad una capacità di regolazione autonoma degli stati del Sé coartata.

Infine si sottolinea il fatto che nell'infanzia dei pazienti dipendenti è possibile rinvenire la presenza di una madre che ha ostacolato i tentativi di separazione condotti dal figlio, di una madre ipercoinvolta nella relazione con il bambino, che nella vita adulta svilupperà la tendenza a ricercare sempre l'aiuto, il supporto e le rassicurazioni dell'altro.

In connessione con la condotta figlicida si potrebbe concludere che la madre affetta da disturbo dipendente di personalità, quando percepisce la probabilità che la relazione con il compagno si interrompa, potrebbe manifestare sentimenti di aggressività ed ostilità che prima erano negati in modo difensivo. Questo in ragione della percezione della perdita della funzione di regolazione del Sé che fino a quel momento era rivestita dal partner. Conseguentemente la ma-

dre potrebbe coinvolgere il figlio all'interno del suo scompenso psicopatologico ed arrivare al compiersi della condotta figlicida.

L'ultimo disturbo che sembra potersi connettere al fenomeno del figlicidio è la schizofrenia.

Eugen Bleuler (1911), per citare un contributo storico allo studio di questa entità diagnostica, aveva identificato la sintomatologia del disturbo in manifestazioni come l'alterazione del pensiero, delle relazioni con l'ambiente e l'alterazione dell'affettività e aveva ipotizzato che la causa della patologia potesse risiedere nel disturbo delle associazioni. Associazioni che si mostrano con caratteristiche di non comprensibilità, bizzarria. L'autore quindi riporta i sintomi fondamentali della schizofrenia o "4A" e lo fa parlando di autismo, ambivalenza affettiva, anaffettività e associazione alterata delle idee. Al tempo, la classificazione proponeva quattro sottogruppi che includevano la forma paranoide, ebefrenica, catatonica e *simplex*.

Oggi, tenendo conto dei contributi depositati dai principali paradigmi teorici (psicologia delle relazioni oggettuali, psicologia dell'Io, psicologia del Sé, teoria dell'attaccamento), la conoscenza attuale è arrivata a dare una lettura della schizofrenia complessa.

Questa patologia esordisce in modo brusco, in uno stato d'animo pre-delirante in cui il paziente sente che qualcosa sta cambiando. L'esordio è anteceduto dallo scaturire della sintomatologia negativa. È un disturbo psicotico in cui l'esame di realtà è del tutto deficitario e di cui è possibile fare diagnosi in seguito al riscontro obiettivo del prorompere dei sintomi positivi. Essendo di natura psicotica, le manifestazioni cliniche sono identificabili nel delirio, non sistematizzato, e nelle allucinazioni. L'eloquio e il comportamento che contraddistinguono questi pazienti appaiono disorganizzati e si verifica una compromissione del funzionamento socio-lavorativo e una disfunzione a carico delle relazioni interpersonali, di qualità sensibilmente inferiore a quella che caratterizzava il periodo antecedente la patologia.

Il paziente, non possedendo la capacità di controllare i suoi stati psichici, confonde la realtà percepita con la realtà esterna condivisa. Tutto questo fa sì che avvenga un suo ritiro difensivo dal mondo e che l'individuo viva il disturbo con l'anosognosia che lo caratterizza.

Della schizofrenia il DSM-IV ne individua cinque sottotipi: paranoide, catatonica, disorganizzata, residua ed indifferenziata.

Il sottotipo paranoide sembra quello che si presenta con maggior incidenza nella psicopatologia del figlicidio. Questo si potrebbe spiegare tenendo in considerazione la sua relazione con una difesa dal complesso edipico negativo, difesa che determinerebbe un attaccamento erotico per il genitore dello stesso sesso che caratterizza il soggetto (Lingiardi 2004). L'individuo aderisce acriticamente al delirio e le allucinazioni, spontanee ed involontarie, non possono essere da lui governate.

I pazienti, sotto la spinta improvvisa della sintomatologia produttiva, potrebbero arrivare a compiere il delitto.

In seguito all'aver dato conto delle diverse psicopatologie che possono intervenire nel periodo del *post-partum*, e che potrebbero dunque essere uno dei fattori influenti a carico dei fenomeni del figlicidio e dell'infanticidio, si passeranno ora in rassegna alcune delle ipotesi psicodinamiche in relazione all'ambito trattato.

Alcune ipotesi psicodinamiche

La maternità si configura come quella fase nella vita in cui la donna, oltre a dover organizzare un nuovo spazio mentale in cui accogliere il nuovo nato, si trova coinvolta in una relazione

caratterizzata da una struttura simbiotica che la lega al figlio. Nel momento in cui tutto ciò non si rileva e, piuttosto che all'originarsi flessibile della diade madre-bambino, si assiste al sorgere di determinati meccanismi di difesa, allora si potrebbe verificare lo scaturire di uno stato di crisi. Crisi che assume significato secondo la modalità con la quale viene oltrepassata. Se la donna non riesce a rispondere attraverso un adeguato movimento di cambiamento, di trasformazione, si potrebbe stabilire un rapporto con la realtà non adeguato e da ciò potrebbe derivare una destrutturazione della personalità. In questo processo, in cui influiscono elementi definiti, un ruolo di primaria importanza spetterebbe al mancato superamento della fase di separazione-individuazione, concepita come un potenziale innesco per patologie che scompensano la relazione madre-figlio e che presumibilmente potrebbero convogliare nelle condotte del figlicidio e dell'infanticidio. Tutto ciò in linea con il paradigma delle relazioni oggettuali (v. ad es. Winnicott 1958, Bion 1962).

La psicologia del Sé, con Heinz Kohut (Lingiardi 2004), si avvicina a questo ambito analizzando la struttura del Sé integrata, promossa da determinati oggetti-Sé assimilati durante l'infanzia, e in specie: Oggetto-Sé Speculare, Imago Parentale Idealizzata, Oggetto-Sé Gemellare. L'elemento cardine della personalità verrebbe ad essere il Sé Nucleare, che compare intorno ai due anni di vita dell'individuo. All'interno di uno sviluppo normale, esso è costituito da due poli, l'uno con tendenze grandioso-esibizionistiche, l'altro con mete idealizzate, che vengono uniti tramite un "arco di tensione". Tuttavia, se si dovesse verificare un disturbo in uno dei due poli appena menzionati, allora il Sé si svilupperebbe attorno ad uno solo di questi e ne risulterebbe un Sé coesivo. Illustrando la psicopatologia della madre, l'autore la ricollega ad uno scacco dell'oggetto-Sé materno. Il quadro delineerebbe una donna a cui viene meno la capacità di rispondere in maniera empatica ai bisogni del proprio figlio, ora oggetto-Sé che dovrebbe restituire equilibrio a ciò che è deficitario nella vita psichica della donna. In questo contesto, dove sussiste un Sé danneggiato con una tenuta insufficientemente salda, si assiste all'instaurarsi di angosce di frammentazione, ad una regolazione dell'autostima non ottimale e a sentimenti a tonalità depressiva. Tutto ciò, in ragione delle caratteristiche appena esposte e in ragione del Sé danneggiato della donna che entra in relazione con il figlio, potrebbe contraddistinguere l'esito figlicida o infanticida.

Il modello strutturale di O. Kernberg (1997) delinea la personalità normale attraverso determinate caratteristiche, quali: un concetto integrato del Sé e dell'altro, la forza dell'Io, un Super-Io integrato e maturo e l'adeguata gestione degli impulsi aggressivi e libidici. Personalità data dall'integrazione di temperamento, carattere e sistema di valori interiorizzati.

L'organizzazione di personalità è, secondo il punto di vista dell'autore, un'organizzazione dinamica in cui vengono annesse le esperienze precoci del soggetto, insieme alle pulsioni che contraddistinguono le fasi evolutive, riprese da M. Mahler. La sua funzione è quella di assicurare un certo grado di stabilità alla vita psichica dell'individuo. Gli affetti, elementi delle sopraccitate pulsioni, vengono attivati in modo dipendente dal temperamento e questo può chiarire la nozione di predisposizione innata dell'aggressività, concetto peculiare di questa teoria.

Egli individua tre organizzazioni di personalità di gravità decrescente (psicotica, *borderline* e nevrotica) e tre criteri strutturali che le contraddistinguono (integrazione vs diffusione di identità, meccanismi di difesa ed esame di realtà).

L'organizzazione di personalità psicotica è caratterizzata da diffusione di identità, presenza di meccanismi di difesa arcaici (es. scissione, identificazione proiettiva), cedimento dell'esame di realtà e comparsa di fenomeni produttivi, quali deliri e allucinazioni.

Nell'organizzazione di personalità *borderline* si può riscontrare diffusione di identità, meccanismi di difesa arcaici, debolezza dell'Io e presenza dell'esame di realtà. Tipico di questa

struttura è il mancato superamento della fase di separazione-individuazione e più specificatamente la permanenza nella sottofase del riavvicinamento, che contraddistingue i diciotto-ventiquattro mesi di vita del bambino.

L'organizzazione di personalità nevrotica contempla la tenuta dell'esame di realtà e la presenza di un Io piuttosto forte e include il disturbo ossessivo, la personalità isterica, il disturbo masochistico-depressivo, il disturbo dipendente ed evitante di personalità.

Si può concludere dicendo che se la storia clinica di un paziente presenta traumi precoci, abusi o disposizioni innate, che vanno a consolidare il ruolo dell'aggressività, allora essa potrebbe rivelarsi in forma di patologia. Sarebbe dunque ipotizzabile che quanto appena detto, assieme al possibile controllo degli impulsi deficitario e alla debolezza dell'Io, possa avere un peso rispetto a condotte figlicide o infanticide.

Proseguendo nell'*excursus* teorico in relazione ai fenomeni di figlicidio ed infanticidio, si deve fare riferimento a Isabella Merzagora Betsos (2003). L'autrice, all'interno di un'ampia trattazione, ricollega le sopracitate forme di criminalità femminile, insieme ad altri fattori, anche al cambiamento interno alla struttura familiare che contrassegna la società moderna. Un tempo la famiglia patriarcale infatti assicurava la presenza e il sostegno alla donna dato da diverse figure di riferimento che popolavano il suo quotidiano. L'uomo, il marito, ricopriva un ruolo di controllo su quanto accadeva nell'ambito domestico e poteva monitorare anche l'eventuale espressione di agiti violenti. Oggi, all'opposto, il controllo sociale è divenuto deficitario e si valorizza tutto ciò che è privato, tutto ciò che appartiene all'intimità familiare viene occultato e può accadere che forme di abuso o di violenza si protraggano per lunghi periodi passando sotto silenzio o che uno sguardo esterno non sia in grado di captare segnali che denotano una situazione a connotazione psicopatologica. Tuttavia, nel pensiero della Merzagora, il nucleo di tali condotte di violenza intrafamiliare resta un disturbo ravvisabile nell'attaccamento e nella separazione dalla madre e specificatamente il mancato superamento di quel rapporto simbiotico che induce la donna a percepire il proprio figlio come se fosse un suo prolungamento. Anche in questo approccio teorico dunque permane la concettualizzazione di figlicidio ed infanticidio come fenomeni multidimensionali.

Dato conto delle diverse teorizzazioni che entrano in relazione con le due forme di violenza intrafamiliare che si stanno analizzando, è necessario ora citare alcune ricerche internazionali che entrano nel merito di concetti estremamente rilevanti quali quelli di prevenzione e di riabilitazione.

È da mettere in evidenza la visione di Resnick che, già nel 1969, denunciava l'importanza dell'istituzione di determinati strumenti al fine di prevenire o quantomeno ridurre la frequenza di queste manifestazioni criminose. In dettaglio:

- cure psichiatriche con possibilità di accesso immediato, volto a favore di quelle madri che ne esplicitino il bisogno;
- un intervento rapido, da attivare ai primi segnali che rivelano una situazione di probabile abuso sul bambino;
- la realizzazione di strutture sociali che operano a favore del figlio “non desiderato”.

In uno studio del 2002 Kunst, sulla base del paradigma delle relazioni oggettuali, individua due strutture che sembrerebbero contrassegnare la personalità di madri figlicide e quindi due possibili tipologie di trattamento per ognuna di esse.

Le strutture di personalità evidenziate sono:

- tipo disorganizzato: in cui sarebbe possibile reperire un significativo *breakdown* interno e una frammentazione della personalità, con la probabile sussistenza di un disturbo mentale cronico;

- tipo organizzato: un Io più integrato che si disgrega solo temporaneamente e in modo severo; vengono segnalati sentimenti a carattere persecutorio e angoscia di annichilimento, che sarebbero causati dall'esistenza di cattivi oggetti interni.

In attinenza con il trattamento a carico del tipo disorganizzato l'autrice riferisce la possibilità per alcuni casi di pazienti affette da schizofrenia di un intervento psicoterapeutico o anche psicoanalitico (Grotstein 1995, Ogden 1980, Robbins 1992, Sohn 1995 in Kunst 2002), seppure esisterebbe il limite dato dalla carenza delle capacità di mentalizzazione e di attaccamento che determinerebbe la difficoltà di analizzare quanto è accaduto e perciò, per molte di queste pazienti, si dovrebbe considerare un'ospedalizzazione a lungo termine.

La terapia indicata per il tipo organizzato prevede invece l'identificazione dei processi interni e delle fantasie che si configurerebbero come sfondo causale di figlicidio ed infanticidio. Le pazienti con struttura di personalità di tipo organizzato avrebbero una buona prospettiva di trattamento, in cui le prime fasi sono rintracciabili nell'analisi dei sentimenti che la Kunst spiega essere caratterizzati da colpa, dolore e crudele masochismo. Nelle fasi psicoterapeutiche intermedie si evidenzerebbe nella donna un'estesa idealizzazione transferale che il terapeuta dovrebbe modificare sostenendo il transfert negativo, indotto dalle interpretazioni a carico dei meccanismi di scissione che caratterizzano le relazioni oggettuali di queste pazienti. Peculiare di questo momento psicoterapeutico sarebbe l'attualizzarsi di taluni meccanismi di difesa individuabili in: psicotici, ossessivi e maniacali. La risoluzione dell'intervento considererebbe la possibilità di inserire le pazienti all'interno di specifiche comunità terapeutiche, prima del reinserimento nella società.

Un contributo ulteriore è quello di Lewis e Bunce (2003). Gli autori vogliono indirizzare la riflessione sulla rilevanza che assume l'esistenza di eventuali sintomi psicotici, positivi e negativi, nella prevenzione, nella prognosi e nel trattamento di pazienti figlicide ed infanticide. Prevenzione che dovrebbe tenere conto, soprattutto in presenza di stati depressivi conclamati, di possibili o accertate tendenze omicidiarie (Rougé-Maillart et al. 2005).

Papapietro e Barbo (2005) invitano, in via preventiva, ad indagare ed identificare probabili traumi, privazioni o carichi di rabbia che, quando sussistono, potrebbero esitare in vulnerabilità caratteriale o in scompensi psicopatologici. Quando invece la condotta figlicida o infanticida è stata commessa allora sarebbe opportuno intraprendere un percorso psicoterapeutico, psicodinamicamente orientato secondo l'opinione degli autori, attraverso il quale sarebbe concepibile ottenere alcuni risultati, quali: la risoluzione di conflitti interni, l'incremento della tolleranza allo *stress* e la possibilità di sviluppare le potenzialità legate ai rapporti interpersonali delle pazienti. Tutto ciò assume significato in ambito preventivo quando si assolve al tentativo di far riconoscere in anticipo i segnali d'allarme ed in seguito di ricercare aiuto e supporto prima che avvenga lo scompenso psicopatologico.

Appaiono rilevanti i risultati di uno studio recente condotto in Florida presso l'*Atlantic University* da Weekes-Shackelford e Shackelford (2005). La ricerca riporta risultati secondo cui sarebbe idoneo individuare un *counseling* che possa fornire aiuto facendo convogliare adeguatamente le eventuali sensazioni di risentimento. Questo quando il quadro include un uomo e una donna che vogliono sposarsi o avviare una convivenza e quando uno dei due partner abbia già un figlio avuto da un'unione precedente. Il *counseling* in questi casi potrebbe costituirsi come un buon percorso preventivo di problematiche che si esplicitino in condotte quali il figlicidio o l'infanticidio.

In ultima analisi Stanton e Simpson (2006), nella loro ricerca, intendono evidenziare la rilevanza della concretizzazione di un aiuto e di un sostegno che sembrano essere in grado di attuare gli eventuali figli superstiti, la famiglia della donna che ha compiuto il reato e di altre reti

di supporto rintracciabili nell'ambiente in cui vive la madre. Questo, insieme ad un'attenta operazione informativa che renda noto il ruolo, la funzione causale del disturbo psicopatologico in merito al danno provocato al figlio, potrebbero essere secondo gli autori gli strumenti adatti per far ritrovare alla donna quella rete sociale in grado di supportarla lungo tutto il lasso di tempo che segue il figlicidio o l'infanticidio, in tutta la sua criticità. Per quanto concerne invece il necessario percorso psicoterapeutico gli autori indicano la supervisione come un momento fondamentale sia per la formazione personale dello psicoterapeuta, che uno strumento attraverso il quale poter rielaborare i vissuti di angoscia e di inquietudine che sembrano caratterizzare la terapia e che di frequente si configurano come elementi a sfavore dell'essenziale empatia. Stanton e Simpson riconoscono alla psicoterapia tutta la difficoltà insita nel lavorare insieme ad una donna che porta in analisi determinati sentimenti, spesso ad impatto forte e violento e allo stesso modo evidenziano come la rimozione di contenuti mnestici attinenti al crimine commesso potrebbe essere intesa come adattiva ed ego-protettiva. Fondamentale in ambito riabilitativo sarebbe dunque la ricostruzione di un nuovo senso di Sé.

Le ipotesi psicodinamiche possono rappresentare uno sfondo teorico e un avvio per nuovi studi e nuove indagini in merito ad ambiti indubbiamente di fondamentale importanza quali prevenzione e riabilitazione nello scenario della ricerca scientifica. Futuri sviluppi potrebbero quindi identificare strumenti e strategie adeguati a questo contesto della sofferenza mentale.

Conclusioni

Allo stato attuale dell'arte ciò che risulta è che ancora le definizioni psicopatologiche, e l'identificazione delle stesse, appaiono troppo deboli per dare conto di fenomeni così complessi come quelli appunto dell'infanticidio e del figlicidio.

La multifattorialità di queste tipologie di violenza intrafamiliare è data dalla somma di fattori bio-psico-sociali che intervengono a carico della donna. Complessità su cui ci si dovrebbe soffermare considerando anche che questi sono fenomeni in aumento, come attestato da alcune recenti statistiche.

Non è raro poter rilevare un sentimento di inadeguatezza connesso al ruolo materno, uno stato di isolamento psico-sociale e, non meno importante, la rottura dell'equilibrio che porta ad instabilità e ad arresti che conducono a volte la donna a essere-costretta-a-essere.

Di frequente lo scenario si compone di madri sole, prive di un sostegno socio-familiare ricettivo nei confronti dei loro segnali di sofferenza e delle loro richieste di aiuto. Sono donne che spesso si trovano a dover gravarsi di tutti i doveri legati alla *routine* e alla quotidianità, potendo contare esclusivamente su loro stesse, essendo i loro compagni spesso impegnati in ambiti diversi da quello del nucleo familiare.

Se, a quanto delineato, si associa la riattualizzazione di una problematica antecedente al parto, oppure l'innescò di una patologia causata dalle modificazioni conseguenti il raggiungimento del nuovo *status* di madre, allora si prefigura un alto rischio di scompenso psicopatologico che potrebbe coinvolgere anche il figlio.

Pertanto un dominio a cui deve essere riservato ampio spessore è quello proprio della riabilitazione che dovrebbe andare ad agire in diversi ambiti. Di primaria importanza si rivelerebbe: stimolare e sostenere il contatto con i familiari, inquadrare vari percorsi formativi cui poter far accedere la donna, l'inserimento lavorativo e un programma di risocializzazione individualizzato. Sarebbe fondamentale dunque intervenire a favore di queste pazienti e del loro *entourage* familiare e scongiurare in questo modo l'emarginazione, le disabilità e la cronicità che potreb-

be insorgere se lo scompensamento psichico passasse sotto silenzio. All'aumento dell'incidenza della violenza intrafamigliare si dovrebbe verificare un aumento proporzionale di risposte preventive e psicoterapeutiche mirate ed efficaci.

Tutto ciò che fin qui è stato detto deve necessariamente essere relazionato a quello che l'essere donna significa e racchiude in sé, mostrandosi come una modalità caratteristica di concepire la realtà e di concepire la vita, con tutte le tonalità legate ai sentimenti che la caratterizzano e che caratterizzano anche il suo approccio alle problematiche che possono coinvolgerla.

Per concludere si vuole sottolineare ancora una volta la multidimensionalità dei fenomeni del figlicidio e dell'infanticidio in cui si evidenziano fattori bio-psico-sociali e fattori ambientali, dove di frequente è possibile riscontrare doppie diagnosi e comorbidità.

Riassunto

Oggetto: Gli autori hanno voluto approfondire i fenomeni dell'infanticidio e del figlicidio, esplicandone le divergenze concettuali e identificando determinate definizioni psicopatologiche che assumono rilevanza nel dominio clinico, data la mancanza allo stato dell'arte di modelli interpretativi condivisi e della scarsa bibliografia esistente. È stato esaminato lo sviluppo psicopatologico che conduce a tali forme di violenza intrafamigliare del *post-partum*, alla luce di alcune ipotesi psicodinamiche (come ad es. quelle di Kohut, Kernberg, Resnick, *et al.*) e in senso multifattoriale. Si analizzano alcune proposte della ricerca scientifica in ambito di prevenzione e di riabilitazione (come ad es. quelle di Kunst *et al.*). L'indagine è stata condotta tenendo conto dei peculiari cambiamenti fisico-ormonali, propri della gravidanza e del puerperio, e degli investimenti emozionali che dislocano rilevanti dinamiche psichiche all'interno della diade madre-bambino.

Metodo: Esame critico della letteratura e ricerche in ambito internazionale, attraverso motori di ricerca e riviste specializzate.

Risultati: Per dare definizione di infanticidio è necessario che il delitto sia compiuto tra i sei mesi ed un anno di età del figlio. Di contro, quando il delitto avviene dopo l'anno di età della vittima-bambino si delinea la fattispecie di reato del figlicidio. Le configurazioni psicopatologiche che scompensano la personalità della madre con maggior incidenza sono: i disturbi dell'umore (*Maternity Blues*, depressione *post-partum*), la psicosi puerperale, la Sindrome di *Münchhausen* per procura, la *Battered Child Syndrome*, i disturbi di personalità (borderline, narcisistico, dipendente) e la schizofrenia (sottotipo paranoide). Essi si pongono sul *continuum* normalità-patologia e fanno capo al processo di crisi. I predetti inquadramenti nosografici sono da considerare unitamente ai vissuti interni della madre: il sentimento di vuoto, il sentimento di inadeguatezza riferito al ruolo materno e il cambiamento del ruolo sociale. L'infanticidio sembrerebbe determinato da uno scompensamento in senso depressivo, mentre il figlicidio virerebbe maggiormente verso un'origine con caratteristiche psicotiche.

Conclusioni: L'identificazione e la definizione di configurazioni psicopatologiche si presentano deboli al fine di interpretare i complessi fenomeni dell'infanticidio e del figlicidio, in cui di frequente è possibile riscontrare doppie diagnosi e comorbidità. Sulle basi tracciate è auspicabile formulare modelli interpretativi e linee trattamentali adeguati a questo contesto della sofferenza mentale.

Parole chiave: infanticidio, figlicidio, *post-partum*, maternità, psicopatologia della maternità, violenza intrafamigliare.

INFANTICIDE AND FILICIDE: A PANNING ON THE ACTUAL STATE OF THE ART

Abstract

Objective: The authors have chosen to explore the phenomena of infanticide and filicide, performing the conceptual differences and identifying certain psychopathological definitions which become important in the clinical domain, given the lack of models to the state of shared interpretations and lack of existing literature. It was examined the psychopathological development that leads to such forms of intra-familial violence of post - partum, in light of some psychodynamic hypotheses (e.g. Kohut, Kernberg, Resnick) and multifactorial effect. Some proposals of scientific research in the field of prevention and rehabilitation (e.g. Kunst) are analysed. The survey was conducted taking into account the specific physical changes-hormones, their pregnancy and childbirth, and the emotional investment that displace significant psychological dynamics within the dyad mother-child.

Method: Critical examination of the literature and research in the international field and qualified magazines.

Results: To give the definition of infanticide it is necessary that the crime is made between six months and one year of age of the child. Conversely, when the crime occurs after the one year of age of the victim child it emerges the offense of filicide. The psychopathological configurations that unbalance the mothers personality with frequent occurrence are: mood disorders (Maternity Blues, postpartum depression), puerperal psychosis, the syndrome of Munchausen by proxy, the Battered Child Syndrome, personality disorders (borderline, narcissistic, dependent) and schizophrenia (paranoid subtype). They are placed on the continuum of normality-pathology and refer to process of crisis. The above-mentioned nosographical classification should be considered together with the inner feelings of the mother: the feeling of emptiness, feelings of inadequacy related to the maternal role and the change of social role. Infanticide seems to be the result of a failure in the sense of depression, while the filicide would veer more to source with psychotic features.

Conclusions: The identification and definition of psychopathological configurations appear weak in order to interpret the complex phenomena of infanticide and filicide, where often you can find dual diagnosis and comorbidity. On the basis of interpretation it is desirable to formulate models and treatment lines appropriate to this context of mental pain.

Key words: infanticide, filicide, post-partum, maternity, motherhood psychopathology, intra-familial violence.

Bibliografia

- Ammaniti M, Cimino S, Trentini C (2007). *Quando le madri non sono felici. La depressione post-partum*. Il Pensiero Scientifico, Roma.
- AA.VV. (2002). *DSM-IV-TR*. Andreoli V, Cassano GB, Rossi R (a cura di). Masson, Milano 2002.
- Bion WR (1962). *Elements of psychoanalysis*. Heinemann, London. Tr. it. *Gli elementi della psicoanalisi*. Armando, Roma 1979.
- Blaffer Hardy S (2001). *Istinto materno*. Sperling & Kupfer Editori, Milano.
- Bleuler E (1911). *Dementia praecox oder gruppe der schizophreien*. In: Aschaffenburg G. *Abhandlung der Psychiatrie*. Hälfte Deuticke, Leipzig-Wien. Tr. it. *Dementia praecox o il gruppo delle schizofrenie*. La Nuova Italia Scientifica, Roma 1985.
- Cabras P.L., Benvenuti P., Saracco M., Paterniti M., Marchetti G., Pazzagli A. (1992). *Attitudine materna*

- nelle psicosi puerperali. *Rivista di Psichiatria* 27, 6, 259-263.
- Carloni G, Nobili D (1975). *La mamma cattiva. Fenomenologia e antropologia del figlicidio*. Guaraldi Editore, Firenze.
- Clarkin JF, Lenzenweger MF (a cura di) (1997). *Major Theories of personality disorder*. Guilford Press, New York. Tr. it. *I disturbi di personalità. Le cinque principali teorie*. Raffaello Cortina Editore, Milano 2006.
- De Greef E (1946). *Introduction à la Criminologie*. Vanden Plas, Bruxelles.
- De Pasquali P (2007). *L'orrore in casa. Psico-criminologia del parenticidio*. Franco Angeli, Milano.
- Devereux G (1972). *Ethnopsychanalyse complementariste*. Le Pensée Sauvages, Paris. Tr. it. *Saggi di Etnopsicoanalisi Complementarista*. Valentino Bompiani, Milano 1975.
- Freud S (1915). *Metapsicologia*. In *Opere*. Bollati Boringhieri, Torino 1999.
- Freud S (1938). *Compendio di psicoanalisi*. In *Opere*. Bollati Boringhieri, Torino 1999.
- Gallina Fiorentini P (1981). Aspetti psicopatologici negli autori di figlicidio. Comunicazione al VII Congresso Nazionale di Criminologia. *Rassegna di criminologia* 2, 263-276.
- Guarnieri P (2006). *L'ammazzabambini. Legge e scienza in un processo di fine ottocento*. Laterza, Bari.
- Hatters Friedman S, McCue Horowitz S, Resnick PJ (2005). Child Murder by Mothers: A Critical Analysis of the Current State of Knowledge and a Research Agenda. *American Journal of Psychiatry* 162, 1578-1587.
- Jaspers K (1913). *Allgemeine Psychopathologie*. Springer, Berlin. Tr. it. *Psicopatologia generale*. Il Pensiero Scientifico, Roma 1964.
- Kendell RE, Chalmers JC, Platz C (1987). Epidemiology of puerperal psychosis. *British Journal of Psychiatry* 150, 427-446.
- Kernberg O (1997). Teoria psicoanalitica dei disturbi di personalità. In Clarkin JF, Lenzenweger MF. *Major Theories of personality disorder*. Guilford Press, New York. Tr. it. *I disturbi di personalità. Le cinque principali teorie*. Raffaello Cortina Editore, Milano 2006.
- Kohl C (2004). Post-Partum psychoses: closer to schizophrenia or the affective spectrum? *Current Opinion in Psychiatry* 17, 87-90.
- Krischer MK, Stone MH, Sevecke K, Steinmeyer EM (2007). Motives for maternal filicide: Results from a study with female forensic patients. *International Journal of Law and Psychiatry* 191-200.
- Kunst JL (2002). Fraught with the utmost danger: The object relations of mothers who kill their children. *Bulletin of the Menninger Clinic* 66, 19-38.
- Lazzari D, Imperiale A (1982). Osservazioni in tema di psicosi puerperali. *Rivista Sperimentale di Freniatria e Medicina Legale delle Alienazioni Mentali* 106, 3, 615-628.
- Lewis FC, Bunce CS (2003). Filicidal Mothers and the Impact of Psychosis on Maternal Filicide. *The Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law* 31, 4, 459-470.
- Lingiardi V (2004). *La personalità e i suoi disturbi*. Il Saggiatore, Milano.
- Mastronardi V, De Luca R (2005). *Serial Killer*. Newton & Compton, Roma.
- Mastronardi VM, Villanova M (2007). *Madri che uccidono*. Newton & Compton, Roma.
- Merzagora Betsos I (2003). *Demoni del focolare. Mogli e madri che uccidono*. Centro Scientifico, Torino.
- Nivoli GC (2002). *Medea tra noi: le madri che uccidono il proprio figlio*. Carocci, Roma.
- Papapietro DJ, Barbo E (2005). Commentary: Toward a Psychodynamic Understanding of Filicide-Beyond Psychosis and Into the Heart of Darkness. *The Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law* 33, 4, 505-508.
- Pazzagli A, Benvenuti P, Rossi Monti M (1981). *Maternità come crisi*. Il Pensiero Scientifico, Roma.
- Pewzner È (2000). *Introduction à la psychopathologie de l'adulte*. Armand Colin, Paris. Tr. it. *Introduzione alla psicopatologia dell'adulto*. Rossi Monti M (a cura di). Einaudi, Torino 2002.
- Prosperi A (2005). *Dare l'anima. Storia di un infanticidio*. Giulio Einaudi, Torino.

Infanticidio e figlicidio

- Racamier PC, Taccani S (1986). *Il lavoro incerto. Ovvero la psicodinamica del processo di crisi*. Edizioni del Cerro, Pisa.
- Rascovsky A (1974). *Il Figlicidio*. Astrolabio, Roma.
- Resnick PJ (1969). Child Murder by Parents: A Psychiatric Review of Filicide. *American Journal of Psychiatry* 126, 73-82.
- Rossi Monti M (2008). *Forme del delirio e psicopatologia*. Raffaello Cortina, Milano.
- Rossi Monti M (a cura di) (2001). *Percorsi di psicopatologia. Fondamenti in evoluzione*. Franco Angeli, Milano.
- Rougé-Maillart C, Jousset N, Gaudin A, Bouju B, Penneau M (2005). Women who kill their children. *The American Journal of Forensic Medicine and Pathology* 26, 4, 320-326.
- Salvini A (1993). *Personalità femminile e riproduzione umana*. Lombardo Editore, Roma.
- Spitz R (1955). The primal cavity. *The Psychoanalytic Study of the Child* 10, 63-78.
- Stanton J, Simpson AI (2006). The Aftermath: Aspects of Recovery Described by Perpetrators of Maternal Filicide Committed in the Context of Severe Mental Illness. *Behavioral Sciences and the Law* 24, pp. 103-112.
- Stern DN (1985). *The interpersonal world of the infant*. Tr. it. *Il mondo interpersonale del bambino*. Bollati Boringhieri, Torino 1987.
- Taylor GJ (1993). *Psychosomatic medicine and contemporary psychoanalysis*. International Universities Press, Madison, USA. Tr. it. *Medicina psicosomatica e psicoanalisi contemporanea*. Astrolabio, Roma.
- Veit G (1874). *Trattato delle malattie delle donne ed affezioni puerperali*. Nicola Jovene Editore, Napoli.
- Weekes-Shackelford AV, Shackelford KT (2004). Methods of Filicide: Stepparents and Genetic Parents Kill Differently. *Violence and Victims* 19, 1, 75-81.
- Winnicott DW (1958). *From paediatrics to psychoanalysis*. Tavistock, London. Tr. it. *Dalla pediatria alla psicoanalisi*. Martinelli Editore, Firenze 1975.
- Zingarelli N (2008). *Lo Zingarelli 2008*. Zanichelli, Milano.

Laura Ceccoli, Laura Corbelli
Università degli studi di Urbino *Carlo Bo*
Facoltà di Sociologia, Università d'Urbino *Carlo Bo*

Corrispondenza

Dr. Laura Corbelli
Contrada Sant'Antonio, 47893 Borgo Maggiore, Rep. San Marino
Tel. 3930553288 Mail: laura.corbelli@uniurb.it